Rok LV. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI



Dzień 5 listopada, zapowiadający koniec wiekowej niewoli jednej z trzech dzielnic ziemi naszej, a zwiększenie narodowych praw w drugiej dzielnicy, musiał poruszyć do głębi każdego Polaka.

Z niezłomną wiarą w spełnienie się wspólnego celu wspólnemi siłami Narodu, uczestniczą lekarze polscy w uczuciach całego społeczeństwa, gotowi do pracy na nowych polach na pożytek Ojczyzny, wolnej, niepodległej i oby jak najrychlej zjednoczonej.

Przemówienie Prof. Dr J. Piltza

prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa w dniu 9 listopada 1916 r.

Po przeszło wiekowych walkach o niepodległość nadeszła chwila, w której mają się ziścić marzenia i tęsknoty kilku pokoleń.

Zwycięskie mocarstwa centralne postanowiły z obszarów Polski, odebranych wrogowi, utworzyć samoistne, niepodległe Państwo Polskie z własnym królem, własnym rządem i własną armią.

Chwila ta ma w dziejach naszego narodu epokową doniosłość: znowu mamy się stać narodem wolnym i zająć należne nam miejsce w szeregu państw kulturalnych.

Odepchnięci od zachodu przez nawałę moskiewską, gnębieni wszelkimi środkami, na jakie tylko despotyzm carski mógł się zdobyć, — przetrwaliśmy w ukochaniu Ojczyzny i dziś mamy Ją otrzymać wolną.

Jakkolwiek to, co się ma stać teraz, nie odpowiada całkowicie temu, coby się stać powinno, bo nie odpowiada naszym ostatecznym celom, to jednak przyjmujemy to z radością, jako zapowiedź lepszej, szczęśliwszej przyszłości narodu.

Stworzenie na razie z ziem Królestwa Polskiego samoistnego Państwa Polskiego otwiera nam szerokie horyzonty pracy narodowej i daje podstawę i wskazuje drogi do osiągnięcia ostatecznych celów.

Jak dla jednostki niezależność materyalna i duchowa jest ideałem, do którego każda jednostka dążyć powinna, taksamo samodzielność i niezawisłość państwowa jest ideałem, do którego każdy, nawet najmniejszy naród dąży. Bo jak zależność ogranicza swobodę ruchów jednostki i nie pozwala na rozwój w całej pełni wszystkich jej władz fizycznych i duchowych, taksamo podległość narodu nie pozwala na pełne rozwijanie się sił narodowych i paczy charakter jednostek.

Wolność zaś i niezależność stwarza nietylko najpomyślniejsze i najkorzystniejsze warunki dla rozwoju utajonych sił i talentów, ale przedewszystkiem, i to jest najważniejsze, daje najlepsze warunki dla rozwoju charakteru jednostek.

Wolność ludzi uszlachetnia!

Ogłoszenie niepodległości Polski jest jednak dopiero tłem, na którem ma powstać Polska. Polska będzie taką, jaką my ją sami sobie stworzymy.

Czeka nas więc olbrzymia i trudna praca organizacyjna. I tylko przez wyrabianie w sobie równowagi uczuć, żelaznej siły woli i wytrwałości i konsekwencyi w działaniu, przez wyrobienie zdolności panowania nad sobą, przez rozwijanie w sobie sumienności i uczciwości w najogólniejszem tego słowa znaczeniu i poczucia solidarności zbiorowej, z drugiej strony przez usilną pracę, zdołamy Ojczyznę naszą zrobić silną i szczęśliwą.

Ponieważ my lekarze, jako przyrodnicy i biologowie, najlepiej zdajemy sobie sprawę z tego, że charakter jest podwaliną i dźwignią wszelkiego działania, przeto jest naszym obowiązkiem obok postulatów sanitarnych sprawę rozwijania i wyrabiania charakterów postawić dziś na porządek dzienny.

Teoretyczne i praktyczne kształcenie i rozwijanie charakteru powinno stać się dziś jednem z najważniejszych zadań wolnego szkolnictwa polskiego, a »nauka o charakterze« powinna wejść w skład programu średnich i wyższych szkół naszej Ojczyzny, jako jeden z pierwszorzędnych i obowiązkowych przedmiotów.

Zdolności i talentów nam nigdy nie brakło. Charakter na tej drodze powoli w sobie wyrobimy.

Polska musi stanąć silna zgodą, oświatą i dobrobytem.

Z radością w sercu witamy podniosłą chwilę.

Niech żyje Polska wolna i niepodległa!

Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zebrali się lekarze, przebywający w Krakowie, w d. 9 listopada b. r. w Domu Towarzystwa na uroczyste posiedzenie. Sala Towarzystwa wypełniła się po brzegi uczestnikami zebrania w strojach uroczystych; za stołem prezydyalnym zasiedli obok prezydyum Towarzystwa prezydent Izby lekarskiej Dr Schoengut i prezes Związku lekarzy Dr Damski, poczem wśród podniosłego nastroju prezes Towarzystwa prof. Piltz wygłosił przemówienie, które podajemy na czele dzisiejszego zeszytu.

Następnie uchwaliło zebranie wśród gorących oklasków wysłać do lekarzy warszawskich na ręce Dr Brudzińskiego, rektora Uniwersytetu i prezesa Rady miejskiej, następujący telegram:

»Na przełomie dziejów łączymy się z wolnymi obywatelami wolnego Państwa Polskiego w uczuciach miłości wspólnej sprawy, nadziei wspólnej pracy dla Ojczyzny i niezłomnej wiary w spełnienie się wspólnych dążeń i ideałów«.

Imieniem Towarzystwa podpisali telegram prezes prof. Piltz, wiceprezes prof. Ciechanowski i sekretarz stały prof. Nitsch.

Wreszcie na wniosek Zarządu uchwalono wśród oklasków mianować Dr Józefa Brudzińskiego członkiem honorowym Towarzystwa.

Po przemówieniu kol. Michałowicza imieniem kolegów zakordonowych, prezes zamknął posiedzenie.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).

I. Wydzielanie kwasu moczowego w niektórych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

II. Wpływ niektórych wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego.

podał

Dr Jan Nowaczyński
asystent kliniki.

(Dokończenie).

VIII. J. K. lat 43. L. dz. 347. Diabetes insipidus.

Historya choroby: Od 9 tygodni silne pragnienie, brak apetytu, nudności na czczo, oraz wymioty, które trwają trzy tygodnie; chory oddaje mocz często, prawie co godzinę, ogółem do sześciu litrów na dobę; w nocy również kilka razy; stolec prawidłowy. Chory czuje się osłabiony, ma sen upośledzony oraz kołatanie serca.

Wynik badania: Wzrost 172, ciężar ciała 80 kg., odżywienie i budowa kości prawidłowe; czaszka bez zmian. Źrenice równe, prawidłowo oddziałują. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Tętno miarowe, dobrze napięte, 75. R. R 140. Narządy wewnętrzne bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny. Obraz krwi: c. b. 12.000; c. cz. 5.800.000, Hb 116%; I=1. Limfocytów 17%, neutrochł. 69% eozynochł. 7%, tucznych 2%, jednojądrz. 4%, przejść. 1%. Chory oddaje moczu 3—4 litrów na dobę; mocz bez białka i cukru. Ograniczenie ilości płynów nawet do 1 litra na dobę nie zmniejsza ilości moczu, ani też nie wpływa na wydzielanie soli kuchennej, które utrzymuje się w granicach od 34—40 gr NaCl na dobę. Dodatek soli kuchennej do pokarmów nie wpływa również na ilość moczu, ani na ilość wydzielanej soli.

Cukromocz pokarmowy (100 dekstr.) ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (1 miligr. adrenaliny) dodatni: cukier wydziela się po $1^1/_2$ godziny w ilości 1·3%, wydzielanie trwa 4 godziny.

Wydzielanie U:

Tab. 8.

Ilość	Cież. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
3040	1.010	21.535	0.5130	bezpurynowa
3780	1.010	20.268	0.5358	»
3100	1.007	16.405	0.4417	»
3940	1.006	20.129	**0.6796**	20 gr nuklein. sodu
3860	1.007	19.130	0.5601	bezpurynowa
4260	1.007	18.673	0.5591	»
3260	1.010	18 241	0,5728	»

W przypadku tym stwierdzamy ilość moczu na dobę 3 do 4 litrów (przy trzech litrach płynów pobieranych); ciężar właściwy nizki; ilości N duże; wydzielanie U endogenicznego nieco większe niż prawidłowo, po 20 gr ciał nukleinowych ilość U egzogenicznego nieznacznie zwiększona, wydzielanie jego jest szybkie, nie przeciągające się.

IX. [1]) M. S. lat 14. L. dz. 59. Chondro-dystrophia foetalis.

Historya choroby: Od matki, która przyprowadziła chorego do kliniki, skarżąc się, że syn jej nie rośnie, dowiadujemy się co następuje: Matka odbyła 14 porodów, z czego 6 dzieci żyje zdrowych, 8 umarło w różnym wieku, między innemi chorobami i na gruźlicę; chory jest trzynastem dzieckiem z rzędu; z rodzeństwa chorego wszyscy zdrowi i prawidłowego wzrostu. Chory po urodzeniu miał wzrost i wagę prawidłową, chował się dobrze; w $1^1/_2$ r. życia zaczął chodzić; w tym czasie chorował na »spazmy« przez miesiąc; od tego czasu jest słaby, i nogi zaczęły mu się krzywić; urósł też niewiele. Dolegliwości poza bólami w nogach przy chodzeniu chory nie odczuwa żadnych.

Wynik badania: Wzrost 106 cm., ciężar ciała 23·5 kg. Chory odpowiada wzrostem 6-letniemu dziecku, ciężarem zaś 9-letniemu. Wzrost karli, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta, skóra bez zmian. Kościec: czaszka duża, kształtu kwadratowego z silnie zaznaczonymi guzami ciemieniowymi; kończyny górne w lekkiem położeniu nawrotnem (pronatio); nasady kości długich zgrubiałe, niebolesne; kończyny dolne ustawione w formie kolan koślawych (genua valga); lewe kolano wyżej ustawione, niż prawe; goleń prawa zwrócona ku przodowi i na zewnątrz; rzepka prawa ułożona na zewnętrznej stronie stawu kolanowego, stopy łopatowate, płaskie. Klatka piersiowa od 5. do 9. żebra po obu stronach zapadnięta, mostek w dolnej części rynienkowato zagłębiony; kręgosłup w części lędźwiowej lekko na prawo skrzywiony. Rentgenogramów kości, przedstawiających obraz zaburzeń wzrostu kości, właściwych dla chondrodystrofii nie opisuję z powodów wyżej wymienionych. Gałki oczne prawidłowe, źrenice równe, oddziałujące; nos siodełkowaty; zęby nierówne, szeroko osadzone, szkliwo chropawe. Szyja krótka, gruba; gruczoł tarczowy wyczuwalny, niepowiększony. Tętno prawidłowe 84. R R. 88. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru.

Jądra małe, wielkości fasoli, łatwo do jamy brzusznej przesuwalne; owłosienia pod pachami i na wzgórku łonowym brak.

Inteligencya chorego nie upośledzona; chory pisze i czyta, uczył się dobrze.

Obraz krwi: c. b. 8.400, c. cz. 4.000.000, Hb 70%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 35%, neutrochł. 52%, eozynochł. 10%, przejść. $1^1/_4$, tucznych 1%, jednojądrz. 1%. Cukromocz pokarmowy (100 gr. dekstr.) ujemny; cukromocz adrenalinowy (inj. 0.00075 adrenaliny) dodatni: cukier wydziela się już po 1 godzinie; wydzielanie trwa 10 godzin.

Wydzielanie U:

Tab. 9.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
460	1.022	6.420	0.1451	bezpurynowa
530	1.023	7.872	0.1860	»
800	1.020	9.699	0.2530	»
700	1.020	9.045	0.5773	»
1300	1.015	11.593	**0.6381**	20 gr nuklein. sodu
1200	1.015	10.584	**0.3195**	bezpurynowa
1110	1.017	10.567	**0.3171**	»
1340	1.013	9 830	0.2878	»
1400	1.012	9.133	0.2651	»

W przypadku tym ilości U endogenicznego są małe (prawdopodobnie prawidłowe do tego osobnika); wydzielanie zaś U egzogenicznego dość silne, lecz trwające 3 dni. Widzimy równocześnie, iż podanie ciał purynowych zwiększa tak ilość moczu, jakoteż i azotu.

Zbierając wyniki badań, zauważyć muszę, że we wszystkich badanych przypadkach wydzielanie U ulega mniejszym lub większym zaburzeniom. I tak co się tyczy owych nieprawidłowości, możnaby przypadki te podzielić na cztery grupy: jedne, w których wydzielanie U endogenicznego jest mniejsze, niż prawidłowo, wydzielanie zaś U egzogenicznego przeciąga się; do tych zaliczam przyp. I (Basedow) i VII (dystr. adip.-genit.); drugie takie, w których U endogeniczny jest prawidłowy, lecz wydzielanie U egzogenicznego przeciąga się; tych jest najwięcej, mianowicie przyp. III, IV, V (Basedow) i IX (chondrodystrophia); trzecie takie, w których U endogeniczny jest mały, wydzielanie zaś U egzogenicznego prawidłowe (przyp II — Basedow i VI — Addison), wreszcie te, gdzie tak U endogeniczny, jak i egzogeniczny jest prawidłowy (przyp. XIII — diabetes insipidus). Z tego widzimy, że najbardziej prawi-

[1]) Przypadek ten ciekawy nadaje się do oddzielnego opracowania; przedstawiam go zatem na tem miejscu pobieżnie, pomijając szczegółowy wynik badania.

dłowe wydzielanie U zachodziłoby w przypadku moczówki prostej, choć i tu nie jest ono zupełnie bez zarzutu.

W przypadkach choroby Basedowa, których jest przecież kilka, nie można stwierdzić jednolitości w zaburzeniu wydzielania U.

Jednem słowem nie można na podstawie powyższego mego materyału, który jest skąpy, dość luźny, oraz niejednolity, postawić jakichkolwiek zasad w zaburzeniu wydzielania U w chorobach narządów o wewnętrznem wydzielaniu; tem mniej nie da się powiedzieć, czy można wogóle przypisać jakieś znaczenie w regulowaniu wydzielania U hormonom gruczołowym. Badania dalsze w tym kierunku są pożądane i nie bez widoków natury nietylko czysto teoretycznej.

II.

W niniejszej pracy podaję równocześnie wynik badań moich nad wpływem wyciągów niektórych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego w wyżej opisanych przypadkach. Chorym poprzednim. po zbadaniu wydzielania U w prawidłowych warunkach, podawałem częścią w celach doświadczalnych, częścią i w leczniczych, wyciągi niektórych gruczołów. Chodziło mianowicie o stwierdzenie, czy wyciągi te mają jakikolwiek wpływ na wydzielanie U w ustroju ludzkim; gdyby bowiem dał się stwierdzić jakiś wpływ na to wydzielanie, możnaby przez to wglądnąć dokładniej w rolę i znaczenie hormonów dla przemiany ciał purynowych.

Wyciągi, jakie stosowałem, były to przetwory fabryczne gruczołów następujących: grasicy (tymina), tarczycy (tyreoidyna), jajników (owaryna), nadnerczy (adrenalina), oraz przysadki mózgowej (hipofizyna i pituitryna).

Pierwsze cztery podawano wewnętrznie w formie pastylek, hipofizynę zaś i pituitrynę wewnętrznie i w postaci wstrzykiwań podskórnych równocześnie. Przetwory pastylkowe pochodziły z firmy angielskiej Borrough-Wellcome, hipofizyna do wstrzykiwań podskórnych z fabryki Lucius Brünning, hipofizyna do użytku wewnętrznego z fabryki Mercka, a pituitryna do wstrzykiwań z fabryki Parke Davis.

Tyminę podawałem w 4 przypadkach choroby Basedowa, (przyp. I, II, III, IV.), tyreoidynę w chondrodystrofii (przyp. IX) i dyst. adip.-genit. (przyp. VII), owarynę w dwu przypadkach choroby Basedowa (przyp. I, II.), adrenalinę w przypadkach choroby Addisona (przyp. VI), hipofizynę i pituitrynę w przypadkach dystr. adip. genit. (przyp. VII.) i chondrodystrofii (przyp. IX)

Dawki stosowane były z początku małe, następnie zwiększano je stopniowo do dawek wysokich; podawałem je stale przez czas długi, trwający do jednego miesiąca, zanim przystąpiłem do badań chemicznych, tak, że badany pozostawał stale pod działaniem danego przetworu, a w czasie badania pobierał dawki największe.

Technika i warunki badania tesame, jak poprzednio Historye chorób podałem poprzednio.

Tymina.

I. M. Basedow.

20 dni przed badaniem oraz w czasie badania chora zażywała po 6 pastylek tyminy dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 10.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
520	1.020	4.149	0.2163	bezpurynowa
350	1.030	5.478	0.2546	»
560	1.027	7.510	0.3729	»
580	1.027	6.723	0.3371	»
500	1.025	5.544	**0.4012**	20 gr nuklein. sodu
510	1.025	4.753	**0.4303**	bezpurynowa
490	1.022	4.459	0.2388	»
520	1.022	5.023	0.2632	»

Porównując cyfry te z cyframi tablicy I widzimy, że wydzielanie U endogenicznego nie ulega zmianom, U zaś egzogenicznego jest niewiele większe.

Co się tyczy N, ilości pozostają tesame, bardzo nizkie, co tembardziej uderza, że w chorobie Basedowa zazwyczaj wydziela ustrój duże ilości azotu.

II. M. Basedowi.

27 dni przed badaniem oraz w czasie badania 6 pastylek dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 11.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1160	1.010	6.983	0.1957	bezpurynowa
1050	1.010	6.673	0.2071	»
1100	1.011	8.115	0.2021	»
1140	1.011	8.303	**0.4980**	20 gr nuklein. sodu
1110	1.010	7.241	0.2310	bezpurynowa
1320	1.010	7.854	0.1673	»
1240	1.010	7.794	0.1920	»

W przypadku tym stwierdzamy brak wszelkiego wpływu tyminy na wydzielanie U (por. tab. 2.).

III. M. Basedowi. Addisonoid.

34 dni przed badaniem U chory pobierał tygodniowo tyminę od 3 pastylek począwszy dziennie, co 3 dni o 2 więcej do 10; w ciągu badania zażywał 10 pastylek dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 12.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1200	1.017	12.045	0.4725	bezpurynowa
1010	1.018	12.938	0.4128	»
920	1.020	12.063	0.3864	»
1280	1.017	14.575	**0.6192**	20 gr nuklein. sodu
1160	1.017	11.546	0.3958	bezpurynowa
1040	1.019	12.579	0.4719	»
1170	1.019	13.985	0.4616	»

W przypadku tym nie stwierdzamy również żadnego wpływu tyminy na wydzielanie U (por. tab. 3).

IV. M. Basedowi.

Przez 27 dni podawano stopniowo tyminę od 3 do 10 pastylek dziennie; w czasie tym musiano po tygodniu zmniejszyć dawkę z powodu pogorszenia się objawów (bicie serca, drżenie, poty), poczem powoli znów zaczęto zwiększać dawki do 10 pastylek dziennie, tym razem już bez następstw.

Wydzielanie U:

Tab. 13.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1030	1.022	11.795	0.3476	bezpurynowa
980	1.024	13.349	0.2910	«
980	1.023	14.131	0.2944	«
900	1.022	13.734	**0.5892**	20 gr nuklein. sodu
760	1.024	12.065	**0.4674**	bezpurynowa
990	1.022	13.471	0.3155	»
970	1.021	11.026	0.3237	»

W przypadku tym nie stwierdzamy, podobnie jak i w poprzednich, żadnego wpływu tyminy na wydzielanie U. (por. tab. 4.).

Zbierając powyższe wyniki badań, dochodzimy do wniosku, że tymina na ogół nie wpływa na wydzielanie tak

U endogenicznego, jakoteż U egzogenicznego, t. j. ani go nie zwiększa, ani nie zmniejsza; zmian w wydzielaniu N również nie zauważono.

Owaryna.

I. M. Basedowi.
Przez 2 miesiące przed badaniem U zażywała chora owarynę po 6—10 pastylek dziennie. Dodatkowo wspomnę, że owaryna w przypadku tym działała bardzo dobrze leczniczo.
Wydzielanie U w pierwszym miesiącu pobierania owaryny:

Tab. 14 a.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
750	1.011	3 360	0.2627	bezpurynowa
1070	1.007	3.715	0.2487	»
710	1.011	3.349	0 2714	»
810	1.015	3.719	**0 6257**	20 gr nuklein. sodu
1480	1.007	3.418	**0 4445**	bezpurynowa
1240	1.010	3 298	**0.3255**	»
1100	1.007	2.772	0.2450	»

Powtórzenie badania wydzielania U w drugim miesiącu zażywania owaryny u tej samej chorej dało wynik następujący:

Tab. 14 b.

Ilość	Cięż. gat	N. gr.	U. gr.	dyeta
700	1.009	2.077	0.2852	bezpurynowa
990	1.005	2.231	0.2524	»
1030	1.006	2.307	0.2356	»
1240	1.004	2.065	0.2269	»
640	1.008	2.705	**0.4060**	20 gr nuklein. sodu
1100	1.007	3.449	**0 5348**	bezpurynowa
690	1.007	2.472	0.2388	»
360	1.015	2.913	0.2740	»
370	0.016	3.263	0 2934	»

Z badania powyższego widzimy, że wydzielanie U uległo zmianom pod wpływem owaryny; mianowicie wydzielanie U egzogenicznego zwiększa się, dosięga bowiem ilości 0.62 gr., gdy w prawidłowych warunkach wynosiło zaledwie połowę (0. 31—0.33); wydzielanie jego przeciąga się, jak poprzednio U endogeniczny nie ulega zmianom (por. tab. 1.). Co się tyczy N, stwierdzamy niezwykle małe ilości (2—4 gr.); wprawdzie nie były one i w prawidłowych warunkach w przypadku tym duże (5 – 6 gr.), lecz obecnie są uderzająco nizkie. Zauważyć muszę przytem, że chora opuściła klinikę z przybytkiem 4 kg. wagi ciała.

II. M. Basedowi.
Przez 30 dni przed badaniem oraz w czasie badania 6 pastylek owaryny dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 15.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr	U. gr.	dyeta
1030	1.012	7.931	0.3105	bezpurynowa
1200	1.010	7.100	0.2430	»
1200	1.010	6.350	0.2475	»
1440	1.010	7.130	**0.5130**	20 gr nuklein. sodu
1280	1 010	7.795	**0.3609**	bezpurynowa
1200	1.011	7.056	0.2925	»
1480	1.011	9.828	0.2809	»
1660	1.011	10.800	0.3335	»

W przypadku tym nie zauważamy wpływu owaryny na wydzielanie U. Co do N, byłbym skłonny przypuścić, że ilości jego obecnie zwiększyły się, wynik zatem przeciwny, niż w przypadku poprzednim. Nie można więc wobec sprzecznych wyników przypisywać owarynie jakiegoś wpływu na wydzielanie N. (por. tab. 2.).

Ogólnie powiemy zatem, że owaryna nie wpływa wybitnie na wydzielanie U; w jednym przypadku tylko można było zauważyć zwiększenie U egzogenicznego, lecz trudno określić, czy wpływ w tym kierunku jest istotny. Co do wpływu na wydzielanie N, omówiłem go przy poszczególnych przypadkach.

Tyreoidyna.

VII. Dystrophia adiposo-genitalis.
Przez 45 dni podawano od 1 do 4 pastylek dziennie, zwiększając dawkę w okresach tygodniowych; w czasie pobierania tyreoidyny pojawiły się przejściowe, dwa dni trwające biegunki.

Wydzielanie U:

Tab. 16.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1080	1.019	12.096	0.4321	bezpurynowa
1360	1.019	12.185	0.4080	»
1360	1.019	11.409	0.4314	»
1430	1.020	13.833	**0.8151**	20 gr nuklein. sodu
1030	1.021	12.009	0.4529	bezpurynowa
1400	1.020	14 425	0.4567	»
1180	1.021	12.803	0.3849	»
1120	1.020	12.967	0.3708	»

W przypadku tym widzimy, że wydzielanie U egzogenicznego znacznie (o 30%) się zwiększyło; również i ilości U endogenicznego, zwłaszcza w okresie wstępnym, są większe. Wydzielanie N wzmogło się także i stało się bardziej jednostajne (por. tab. 7).

IX. Chondrodystrophia.
Przez dwa miesiące przed badaniem podawano tyreoidynę od 1 do 4 pastylek dziennie; dawki zwiększano tygodniowo.

Wydzielanie U:

Tab. 17.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1000	1.014	9.856	0.2662	bezpurynowa
1560	1.010	9.413	0.2844	»
1000	1.015	9.002	0.3329	»
1360	1.013	9.786	0.3340	»
1360	1.013	0.976	**0.9394**	20 gr nuklein. sodu
1160	1.010	—	0.2175	bezpurynowa
1510	1.010	10.108	0.2900	»
1350	1.012	9.431	0.2743	»
1330	1.010	7.410	0.2074	»

W przypadku tym otrzymuje się ten sam wynik, co w poprzednim: U egzogeniczny silnie wzmożony, U endogeniczny w okresie wstępnym większy; tylko N pozostaje bez zmian (por. tab. 9.).

Zbierając zatem wyniki powiemy, że tyreoidyna zwiększa w znaczniejszym stopniu wydzielanie U egzogenicznego, w mniejszym zaś U endogenicznego. Wpływ na wydzielanie N jest niewyraźny.

Suprarenina.

VI. M. Addisoni.
Przez 33 dni przed badaniem podano od 3 pastylek supIareniny dziennie począwszy, co 3 dni o jedną więcej do 8 dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 18.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
760	1.016	7.054	0.1898	bozpurynowa
1000	1.015	8.176	0.2801	»
1080	1.014	5.685	0.3171	»
1350	1.012	8.278	**0.6469**	20 gr nuklein. sodu
1020	1.011	7.497	0.2654	bezpurynowa
1280	1.011	8.995	0.1856	«
1140	1.011	8.909	0.2436	»

Suprarenina w przypadku tym zwiększa w nieznaoznym stopniu wydzielanie U egzogenicznego (por. tab. 6).

H i p o f i z y n a.

IX. Chondrodystrophia.

W ciągu 20 dni przed badaniem otrzymał chory 10 wstrzyknięć podskórnych hipofizyny (co drugi dzień); w czasie badania otrzymał przez dwa dni codzień po jednem, a przez 6 dni następnych po 2 wstrzyknięcia dziennie. 1 cm³ hipofizyny w rozczynie 1:1000 odpowiadać ma 0.2 gr świeżego gruczołu.

Wydzielanie U:

Tab. 19.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1600	1.010	7.414	0.2880	bezpueynowa
1280	1.008	5.080	0.2187	»
1720	1.006	7.561	0.2364	»
1890	1.005	8.573	**0.5457**	20 gr nuklein. sodu
1380	1.009	6.182	**0.3249**	bezpurynowa
1050	1.010	6.056	**0.3150**	»
1140	1.010	6.065	0.2612	»
800	1.015	6.512	0.2790	«

Wydzielanie U pod wpływem hipofizyny nie ulega żadnym zmianom (por. tab. 9).

P i t u i t r y n a + h i p o f i z y n a.

VII. Dystrophia adiposo-genitalis.

Przez miesiąc przed badaniem zażywała chora wewnętrznie hipofizynę od 3 do 6 pastylek dziennie, równocześnie otrzymywała co drugi dzień wstrzyknięcie pituitryny (0·5 cm³); tydzień przed badaniem oraz w czasie badania U codziennie po 0·5 cm³ pituitryny podskórnie oraz 6 pastylek hipofizyny wewnętrznie.

Wydzielanie U:

Tab. 20.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1160	1.014	8.263	0.3014	bezpurynowa
1120	1.017	8.592	0.4120	»
760	1.020	6.650	0.3257	»
990	1.018	9.355	**0.8219**	20 gr nuklein sodu
1000	1.016	9.688	0.4350	bezpurynowa
1040	1.020	11.094	0.4525	»
1040	1.021	13.185	0.4492	»
1200	1.020	11.652	0.4594	»

W przypadku tym stwierdzamy wzmożone wydzielanie U egzogenicznego; również ilości U endogenicznego w okresie końcowym są nieco większe, niż w warunkach prawidłowych (por. tab. 7).

Zbierając w ogólności wyniki powyższych badań, dochodzę do wniosku, że wyciągi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które przy badaniach wydzielania U uwzględniałem, nie wywierają na ogół wybitnego wpływu na to wydzielanie. Pod wpływem niektórych, jak owaryny, tyreoidyny i pituitryny, daje się zauważyć pewne wzmożenie wydzielania U egzogenicznego, w jednych przypadkach o 30%, w innych o 50%, lecz na podstawie mego skąpego materyału wpływu istotnego nie da się ustalić, jakoteż nie można wysnuwać stąd daleko idących wniosków.

W piśmiennictwie ostatniej doby znajdujemy wzmianki o wpływie pewnych wyciągów gruczołowych na wydzielanie U. Doświadczenia wykonywano na psach, a badania przeprowadzano nad allantoiną. I tak Falta (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1914) stwierdził pod wpływem adrenaliny wzmożone wydzielanie allantoiny. Fleischman na zjeździe wiesbadeńskim w r. 1914 przytoczył wyniki swych badań nad allantoiną u psów pod wpływem pituitryny, adrenaliny i jodotyryny. Pituitryna według niego ma zmniejszać wydzielanie allantoiny w znacznym stopniu, adrenalina zaś zwiększać je, jodotyryna wreszcie z początku tylko podawania zwiększa wydzielanie, później pozostaje bez wpływu.

Badań nad wydzielaniem U w takich warunkach u ludzi nie przeprowadzano jeszcze dotąd; o ile mi wiadomo, badaniami temi zajmuje się obecnie Prof. Falta (w klinice wiedeńskiej Prof. Wenckebacha), wyników jednak dotychczas nie podał.

O zapaleniu ziarnistem spojówki.

Podał

Dr Maryan Szafnicki,

c. k. starszy lekarz szpitala jagliczego w Sternbergu Morawskim.

(Dokończenie).

Pierwszy okres jaglicy, okres silnego przekrwienia spojówki i obfitej wydzieliny śluzoworopnej, okres ostrej jaglicy, nie przedstawia nic dla niej charakterystycznego. Taksamo klinicznie wygląda każdy inny ostry nieżyt spojówki, czy bakteryologicznego, czy chemicznego, czy też wreszcie mechanicznego pochodzenia. Prątki Koch-Weeksa, pneumokoki, dwoinki Neissera w pewnym okresie, ości zbożowe, pył uliczny, włoski owadów, tabaka do zażywania, wreszcie różne substancye, często nieznane bliżej, a zapuszczane w celu wywołania sztucznego zapalenia, wszystkie te środki wywołują podobne zmiany, jak jaglica w tym, przez wielu nie uznawanym, pierwszym okresie. Dlatego to nawet wielu autorów przestrzega przed rozpoznawaniem ostrej jaglicy, zanim poznamy prawdziwą podstawę bakteryologiczną tego cierpienia.

W następnym okresie pojawiają się charakterystyczne ziarna, jagiełki. Ale, czy są one rzeczywiście tylko tego cierpienia cechą? Postaram się zaraz uzasadnić, że tak nie jest.

Atropina, ezeryna, stężone rozczyny soli miedziowych wywołują wytworzenie się takichże ziarn, jagiełek. Przy zapaleniu mieszkowem spotykamy je również. Co tutaj wywołuje ich powstawanie, trudno orzec, bo etyologii tego cierpienia jeszcze całkowicie nie znamy. Jeżeli zwrócimy uwagę, że choroba ta wybucha czasami endemicznie w zamkniętych zakładach wśród dzieci, i to nie odrazu równocześnie, to w takich przypadkach należy podejrzewać przyczynę bakteryjną. Ale kiedyindziej zjawia się tasama choroba sporadycznie, zwłaszcza u osób, przebywających dłuższy czas w źle przewietrzanych lokalach, długo pracujących przy sztucznem, często niedostatecznem oświetleniu; w takich przypadkach należałoby przyjąć za przyczynę raczej czynnik mechaniczny lub chemiczny. A więc spotykamy się tutaj z całkiem tymsamym obrazem klinicznym, chociaż etyologia bezsprzecznie jest inna; co ciekawsze: raz

zapalenie mieszkowe może być zaraźliwe (u dzieci), to znów nie. Jagiełki mogą się wytworzyć w przebiegu cięższych postaci zapalenia spojówki, wywołanego przez pneumokoki, a więc tu znów jest przyczyna bakteryjna. Pozostawiona część ości zbożowej daje powód do silnego wytwarzania się jagiełek; tu znów przyczyna mechaniczna. A wreszcie gruźlica w początkowych okresach również daje obraz, podobny do jaglicy.

Przykładów tych wystarczy na dowód, że jagiełki nie stanowią charakterystycznej cechy jaglicy; nie stanowi jej też ani ich usadowienie, ani wielkość lub ilość.

Te ziarna, jagiełki, był to dotychczas jeden z najważniejszych objawów klinicznych tej choroby, od którego nawet powstała jej nazwa polska — jaglica. Cóż właściwie przedstawiają te jagiełki? Mikroskop wykazuje, że ziarno czyli jagiełka, bez względu na to, z jakiej spojówki jest wzięte, przedstawia twór o mniej więcej wyraźnych granicach, okrągły, składający się z wielkiej ilości limfocytów, tworzących zewnętrzne warstwy; dalej ku środkowi spotykamy komórki większe, przypominające komórki nabłonkowate, nieliczne leukocyty wielojądrzaste, a pomiędzy tem wszystkiem — komórki wielopostaciowe, najczęściej z długiemi wypustkami, zawierające różne resztki komórek, ciałek krwi i t. p. (Villard nazywa je fagocytami); poza tem, choć rzadko, spotykamy tu twory olbrzymie. (Obraz histologiczny jagiełki przedstawiłem według Römera). Budowa histologiczna jagiełki przypomina więc nieco twory, powstające przy innych chorobach zakaźnych: gruźlicy, kile lub trądzie. To wiedzie nas do przypuszczenia, że, jeśli odczyn ustroju jest podobny, to i pomiędzy czynnikami, wywołującymi go, może zachodzić jakieś pokrewieństwo. W ten sposób na podstawie tego jednego szczegółu dochodzilibyśmy do wniosku, że jaglica musi być chorobą zakaźną. Twierdzeniu temu można zarzucić, że są inne bezsprzecznie niezakaźne zmiany spojówki (po atropinie), gdzie również występują jagiełki, a więc należałoby takie stany również uważać za zakaźne. Okoliczność jednak, że przy zakaźnych chorobach spotykamy twory, podobne do jagiełek, nie wyklucza, by i przy innych stanach one nie mogły powstawać. Gdy na spojówkę dostaje się jakiś czynnik szkodliwy, to bez względu na rodzaj (a więc: czy to ciało obce obojętne (nierozpuszczalne we łzach), czy jaki środek żrący, czy też jakiś drobnoustrój), pobudza on tkankę do odczynu niejako obronnego. Spostrzegamy, jako pierwszy objaw, silne łzawienie i przekrwienie spojówki; czasami wystarcza, by szkodliwy czynnik został usunięty. Częściej jednak to nie wystarcza, a wtedy ustrój chwyta się energiczniejszych środków: spostrzegamy początkowo śluzową, a następnie ropną wydzielinę, jako widomy znak, że w zagrożone miejsce zdążają czynniki ochronne, białe ciałka krwi; ta pomoc okazuje się już znacznie skuteczniejsza, czego dowód widzimy w przebiegu różnych ostrych zapaleń spojówki. Wreszcie zdarzają się takie przypadki, że i to nie pomaga, a wtedy ustrój zdobywa się na inny środek: obok białych ciałek krwi, że się tak wyrażę, mobilizuje jeszcze komórki nabłonkowate, fagocyty, twory olbrzymie i t d., jednem słowem powstają jagiełki. I teraz zaczyna się długie zmaganie (przejście jaglicy w stan przewlekły). Walka trwa nieraz latami; jagiełki utrzymuje ustrój długo w pełnej sile, żyworóżowe, aż wkońcu poczynają one zanikać, wytwarzają się smugi tkanki łącznej, przyczem należy przypuszczać, że znajdujący się wewnątrz jagiełki zarazek wreszcie został pokonany, a ziarna ulegają teraz zwykłym, ogólnie znanym, zmianom wstecznym. Takby się sprawa przedstawiała w prawdziwych ziarnach jagliczych.

Podobnie ma się rzecz w przypadkach innych schorzeń spojówki pochodzenia bakteryjnego, jak endemiczne zapalenie mieszkowe, zapalenie, wywołane przez pneumokoki. Łatwo też zrozumieć wobec mego przypuszczenia powstawanie jagiełek pod wpływem czynników innego pochodzenia. W tych przypadkach jagiełki mają za zadanie otoczyć ogniska szkodliwe i usunąć w ten sposób ich drażniący wpływ na otoczenie. Należy przypuszczać, że w takich razach jagiełki, pozostawione same sobie, nie będą miały tendencyi do zanikania, boć trudno im przypisać własność zobojętniania różnych substancyi chemicznych; raczej można przypuszczać, że jakieś ciało obce, pozostawione dłuższy czas w worku spojówkowym (co jednak tylko dawniej często się zdarzało, zwłaszcza u ludu), wywołując początkowo powstanie jagiełek, wywoływaćby mogło następnie rozwój tkanki łącznej, która, otaczając ciało obce, w ten sposób, choć niezupełny, usuwałaby jego działanie na spojówkę.

Od tych moich przypuszczeń o powstawaniu i roli jagiełki już blizka droga do myśli o nowym obrazie chorobowym, o nowym typie zapalenia spojówki, którego najważniejszą cechą są ziarna czyli jagiełki. Zapalenie to może być wywołane różnymi czynnikami, o czem nam powiedzą wywiady lub badanie bakteryologiczne. Zapalenie to ma przebieg przewlekły i jest jakoby wyższym stopniem zapalenia nieżytowego. O dalszych objawach tego zapalenia, którebym nazwał, w odróżnieniu od jaglicy, — zapaleniem ziarnistem, wspomnę niżej, a teraz przejdę do rozpatrzenia dalszych zmian, wywoływanych przez jaglicę.

Prócz ziarn powstają czasami w drugim okresie jaglicy brodawki. Mają one budowę histologiczną zbliżoną do jagiełek, tylko zbiór komórek nie jest tak regularny i obfity. Rozwijają się głównie na tych miejscach spojówki, gdzie dla braku warunków anatomicznych jagiełki rozwinąć się nie mogą, a więc głównie na spojówce chrząstki; jeśli się zaś czasami zdarza, że powstają one na spojówce załamka, to wtedy napewno w głębszych warstwach pod niemi można wykazać obecność jagiełek. Brodawki te, jak to już wspominałem wyżej, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla jaglicy; znacznie częściej spotykamy je przy zwykłych przewlekłych nieżytach spojówki, a brodawki jaglicze różnią się od nich jedynie silniejszym rozwojem.

Następny objaw, opadnięcie powieki górnej, różnie bywa tłómaczony. Jedni autorowie twierdzą, że jest on skutkiem ciężkości powieki, pokrytej licznemi ziarnami jagliczemi, inni upatrują pewien szkodliwy wpływ na mięsień, unoszący powiekę górną. Z tego co autorowie mówią o tym objawie, widać jasno, że etyologia jagiełek nie odgrywa tu żadnej roli, a tylko właściwości samego ziarna. Dowód tego miałem w swojej rodzinie, gdzie rodzice spostrzegli u jednej córki stale zwiększające się opadnięcie powieki górnej na obu oczach; gdy po kilku latach trwania objaw ten począł przeszkadzać w patrzeniu, zwrócono się do specyalisty, który rozpoznał ciężką postać jaglicy i zarządził wszelkie ostrożności w obawie, by choroba nie przeniosła się na resztę rodzeństwa. Równoczesne badanie innych członków rodziny u nikogo jaglicy nie wykazało. Może więc było to również niezaraźliwe ziarniste zapalenie spojówki.

Objaw, o którym teraz z kolei należy wspomnieć, ma już wybitną cechę jagliczą: jest to łuszczka (pannus). Żadna inna choroba nie daje powodu do wytworzenia się podobnej, tak charakterystycznie od góry na rogówkę zachodzącej zmiany, i choć postacie łuszczki bywają najróżnorodniejsze, to jednak najgłówniejsza jej cecha — siedziba, pozostaje zawsze ta sama.

Przechodzę do najpóźniejszych objawów: rozwoju tkanki łącznej na spojówce i zeschnięcia (xerosis). Dotychczas uważano za cechę zapalenia jagliczego, że tylko ono może po sobie zostawiać blizny. Jeżeli jednak przypuścimy, że t. zw. blizny spojówki są zmianą wsteczną po silnie rozwiniętych jagiełkach, to należy przyjąć, że każde zapalenie, połączone z wytwarzaniem się jagiełek w większej ilości, da powód do rozwoju następowego tkanki łącznej. Zeschnięcie rogówki i spojówki, na szczęście bardzo rzadko obecnie spotykane, jest następstwem zaniku spojówki, czasami i gruczołów łzowych, nic charakterystycznego dla ja-

glicy nie przedstawia i może się zdarzać przy innych cierpieniach spojówki, np. pęcherzycy (pemphigus).

Rozpatrzywszy wszystkie objawy choroby, dotychczas za jaglicę uważanej, chciałbym jeszcze raz zwrócić uwagę na moje przypuszczenie co do nowej postaci zapalenia ziarnistego. Określiłbym je w następujący sposób:

Zapalenie ziarniste jest to szczególny rodzaj zapalenia spojówki, silniejszy od zapalenia nieżytowego, o przebiegu przewlekłym, charakteryzujące się powstawaniem ziarn różnej wielkości na różnych częściach spojówki, obustronnie lub tylko na jednem oku. Jest ono odczynem ustroju na różne wpływy szkodliwe, a więc: bakteryjne, chemiczne, termiczne lub mechaniczne. Zapalenie to, odpowiednio do przyczyny wywołującej, może być zaraźliwe lub też nie; w pierwszym przypadku zajmuje albo równocześnie albo w przeciągu krótkiego czasu oba oczy, w drugim, powstawszy na jednem tylko oku, na drugie się nie przenosi; może również jako niezaraźliwe powstać na obu oczach, gdy powód wywołujący, pochodzenia nie bakteryjnego, zadziałał równocześnie obustronnie. Zapalenie to po dłuższem trwaniu może minąć bez śladu, lub też w tych miejscach, gdzie były w większej ilości ziarna, następuje rozrost tkanki łącznej. W przypadkach bardzo silnego rozwoju ziarn, zwłaszcza na powiece górnej, może powstać opadnięcie powieki. Leczyć to cierpienie należy odpowiednio do etyologii, a tylko bezwzględnie zakaźne przypadki traktować tak, jak dotychczas jaglicę.

A cóż właściwie należy uważać za jaglicę, za to niebezpieczne zapalenie egipskie? Wobec mojego przypuszczenia o zapaleniu ziarnistem, musieliśmy w następujący sposób określić jaglicę:

Jaglica jest to przewlekłe cierpienie zakaźne, początkowo spojówkowe, jedna z najcięższych postaci zapalenia ziarnistego, wybuchające zawsze na obu oczach w równej sile, albo równocześnie, albo w przerwie kilkudniowej (rzadko kiedy później), połączone ze słabszem lub silniejszem ropieniem. Sprawa ta, nie leczona, wiedzie zawsze do zajęcia rogówki i po samozagojeniu pozostawia na spojówkach silny rozrost tkanki łącznej z różnemi jego następstwami, zależnemi od słabszego lub silniejszego rozwoju tej tkanki. Cierpienie to leczone, w zasadzie nie powinno zająć rogówki, a przerost tkanki łącznej bywa zazwyczaj tak nieznaczny, że nie wywołnje żadnych poważniejszych następstw. Co więcej, gdy zaczniemy leczenie we wczesnym okresie choroby, kiedy ziarna nie zdążyły się jeszcze w wielkiej ilości i w głębszych warstwach wytworzyć, to możemy w takich razach nie mieć żadnych następowych zmian na spojówce. Opadnięcie powieki górnej, które spotykamy zwłaszcza w przypadkach nieleczonych lub zapóźno leczonych, zależneby było od większej ilości i głębszego usadowienia się ziarn. W ciężkich przypadkach, gdzie nawet najstaranniejsze leczenie pozostaje bez widocznego skutku, należy przypuszczać jakieś powikłane zakażenie.

Zachodzi teraz pytanie, kiedy mamy prawo rozpoznawać jaglicę? Ze względu na moje powyższe przypuszczenia sądzę, że możemy rozpoznawać z daleko większem niż dotychczas prawdopodobieństwem jaglicę wtedy, gdy się przekonamy, że dany przypadek zapalenia ziarnistego obuocznego nie jest sporadyczny, że w otoczeniu chorego stwierdza się podobne przypadki, przyczem mogą one być cięższe, coby świadczyło za dłuższem ich trwaniem: jeśliby zaś w otoczeniu były lżejsze przypadki, niż ten, który się do nas zgłosił, to w takim razie musielibyśmy przypuścić, że nasz przypadek jest źródłem zakażenia otaczających, a szukać zakażenia pierwotnego gdzieindziej. Może też zajść taka ewentualność, że dany przypadek nie jest zakaźną postacią zapalenia ziarnistego, a mniej wybitne przypadki w otoczeniu mają też jakąś inną przyczynę, np. pył. Z tego widzimy, jak ważne znaczenie mają tu jaknajdokładniejsze wywiady. Lecz nawet, gdyśmy się przekonali, że mamy przed sobą bezwarunkowo sprawę zakaźną, nie możemy z całą pewnością powiedzieć, że to jest jaglica, bo przecież jest rzeczą ogólnie znaną, że i daleko niewinniejsza postać zapalenia ziarnistego, zapalenie mieszkowe, może wybuchać nagminnie. W takim przypadku pewnego rozpoznania postawić nie zdołamy, zanim nie poznamy biologicznej przyczyny jaglicy; w takich przypadkach składamy w ofierze zapaleniu egipskiemu niewinne przypadki zapalenia ziarnistego, w ofierze niejednokrotnie bardzo ciężkiej, bo niepowetowanej.

Należy jeszcze pokrótce omówić wspomniane wyżej zagadkowe przypadki jaglicy, jak się one w świetle moich przypuszczeń przedstawiają. Przypadki, które tylko wskutek zbiegu okoliczności mamy sposobność badać, gdzie widzimy rozległe blizny na spojówkach, a badani nic nam nie mówią o przebytem zapaleniu egipskiem, uważalibyśmy za cięższą formę zapalenia ziarnistego, przyczem, jeśli zmiany są na obu oczach, przyjęlibyśmy to za przebytą sprawę zakaźną lub też za przypadek nie bakteryjnego pochodzenia, w którym szkodliwy wpływ zadziałał w równej mierze na oba oczy, co np. może często zdarzać się u ludzi pracujących w pyle; dokładne wywiady znów w tych razach mogą nam oddać wielkie usługi. Żołnierz T., który najprawdopodobniej miał jaglicę (przypadek 4), przyczem ziarna nie zdążyły się w głębszych warstwach spojówki rozwinąć, został wyleczony zapomocą energicznych środków tak, że nie powstały nawet blizny. Przypadki jednostronnego zapalenia ziarnistego powstawałyby według mego przypuszczenia tylko pod wpływem czynnika niebakteryjnego, działającego tylko na jedno oko, lub pod wpływem słabych drobnoustrojów, które mają bardzo nieznaczną skłonność do przenoszenia się i zanim ją objawiły, zostały przez powstałe w tym czasie ziarna obezwładnione. W ten sposób można sobie wytłómaczyć zapalenie Parinauda, oraz spostrzegane przezemnie w ostatnich czasach przypadki. Chory W. E. (przyp. 5) przebywa już pół roku w różnych szpitalach jagliczych, a pomimo to lewe oko jest zupełnie zdrowe. Najprawdopodobniej, gdyby nie był w wojsku, wcaleby się z prawem okiem do lekarzy nie zwracał, ponieważ mu ono nie sprawia żadnych dolegliwości. Zmiany na prawem oku zostały najprawdopodobniej wywołane jakimś czynnikiem mechanicznym; lekarz w polu mógł nie dojrzeć drobniutkiego przedmiotu w worku spojówkowym, leczył ostry nieżyt spojówki zapewne energicznymi środkami. Może pod wpływem tych środków doszło do silniejszego powstawania ziarn i chory wędrował od szpitala do szpitala przez sześć miesięcy ze zmianą jednego oka, a gdym, zapewne pierwszy, uwzględnił jego skargi, że mu po wszystkich zabiegach gorzej, już w przeciągu zaledwie 10 dni mam to zadowolenie, że choremu jest rzeczywiście znacznie lepiej. Dlatego też zmiany chorobowe oka prawego są mniej wyraźne, choć jeszcze przed 2 tygodniami pod działaniem siarczanu miedzi były conajmniej tak wybitne, jak w przypadku drugim. Żołnierz K. po przebytem zapaleniu egipskiem, które bardzo nieznaczne ślady pozostawiło, dostaje w koszarach, po zaledwie 8-dniowym tam pobycie, ostrego zapalenia oka prawego z licznemi ziarnami; 4 tygodnie przebywa na moim oddziale, sprawa na drugie oko się nie przenosi, a więc nie jest zakaźna; powód jedynie chemiczny lub mechaniczny. A teraz zwróćmy uwagę na te przypadki, gdzie wybitne ziarna, jak to wskazują wywiady (uwolnienie z wojska przed kilku laty z powodu »jaglicy«), istnieją od dłuższego czasu bez innych objawów. W tych razach mamy sposobność spostrzegać zapalenie ziarniste we wcześniejszym okresie, aniżeli u tych chorych, o których wspomniałem na początku tego ustępu i którzy się sami do nas nie zgłosili. Te same czynniki działają i tutaj, a czas mógłby nas przekonać, że i tutaj rozwiną się podobne, jak u pierwszych, zmiany łącznotkankowe. O złośliwej postaci jaglicy wyraziłem swoje przypuszczenie już wyżej.

Zdaje mi się, że w ten sposób moglibyśmy sobie wytłómaczyć wszystkie niejasne przypadki tego cierpienia, któreśmy dotychczas nazywali ogólnem mianem jaglicy.

Czy moje przypuszczenia są słuszne? Gdy się bakteryologom uda odkryć drobnoustrój jaglicy, wtedy dopiero napewno przekonać się będziemy mogli o słuszności lub niesłuszności mych przypuszczeń, wtedy może będę miał to zadowolenie, że jednak wiele przypadków, uznawanych dotychczas za jaglicę, nie jest w istocie jaglicą. Przypominam sobie teraz słowa znakomitego warszawskiego okulisty, dr. Kramsztyka, wypowiedziane na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie; powiedział on wtedy, że nie uważa jaglicy za specyalną chorobę w dotychczasowem rozumieniu tego pojęcia. Niestety, słowa jego przeszły bez wrażenia i nie wywołały choćby najkrótszej dyskusyi.

Może mnie spotka zarzut, że niepotrzebnie się tak sprawą jaglicy zajmuję w tych czasach, kiedy cierpienie to spotykamy znacznie rzadziej i w daleko łagodniejszej postaci, kiedy sobie z jaglicą naszymi środkami lekarskimi i chirurgicznymi znakomicie radę dajemy. Na to musiałbym odpowiedzieć, że leczymy jaglicę takimi ostrymi środkami, przeciw którym się żaden inny słabszy drobnoustrój, mniej zaraźliwy, tembardziej nie ostoi. Przykre to wprawdzie, że, nie mogąc od jaglicy odróżnić mniej niebezpiecznych chorób, wszystkie je jednako energicznie leczymy, lecz jest jeszcze inna, stokroć przykrzejsza sprawa, nie czysto lekarska, to — stosowane względem chorych jagliczych dotychczas oddzielenie od otoczenia. Gdybyśmy mieli zupełną pewność, że oddzielamy tylko prawdziwą jaglicę! Ale fakta inaczej mówią, bo nawet obecna krótka 3 miesięczna obserwacya przekonała mnie, że z pośród 260 chorych jednego z oddziałów tutejszego szpitala jagliczego, po mniej więcej 2 miesięcznem leczeniu przeszło 30 wróciło z powrotem do swych pulków bez śladów przebytej jaglicy, z której rozpoznaniem przychodzili tutaj. Musimy się przyznać, że dotychczas leczymy przypadki jaglicy prawdziwej w orszaku może całych tysięcy ludzi, nie dotkniętych właściwie tą chorobą, leczymy ją z wielkiemi ofiarami społeczeństwa, wyłączając zeń nieraz najpotrzebniejszych członków, narażając byt ich rodzin, a kulturze odejmując dziesiątki lat pracy ludzkiej.

I to był najważniejszy powód, dlaczego zająłem się tą sprawą. A więc starajmy się poznać prawdziwy powód jaglicy, przyprowadźmy ten dział okulistyki do należytego porządku, wyznaczając jaglicy ściśle miejsce, a z pewnością liczba rozpoznań jaglicy będzie o wiele mniejszą, walka z nią daleko łatwiejszą, a liczba niesłusznie o jaglicę dotąd posądzanych napewno okaże się niemała. Oddamy tym nieszczęśliwym wielką przysługę, a społeczeństwu przysporzymy wielu członków, co zwłaszcza w tych czasach będzie miało ogromne znaczenie.

Pierwszy epidemiczny szpital ruchomy Galic. Czerwonego Krzyża dla zwalczania chorób zakaźnych.

podali

Dr. Bronisław Kaczorowski kierownik szpitala, i **Dr. Maksymilian Mosler** c. k. lekarz powiatowy.

Zwycięstwa armii austro-węgierskiej w miesiącach wiosennych i letnich roku 1915 oczyściły Galicyę z Rosyan aż po rzekę Bug i Strypę. Zwycięskie wojska stanęły nad rzekami Bugiem, a w końcu Strypą, odpierając wszelkie zakusy nieprzyjaciela przedarcia się na tyły. Na tyłach jednak zwycięskiej armii pokazał się wróg inny, równie niebezpieczny, jak działa i karabiny maszynowe, — w postaci chorób zakaźnych. Pokonać tego wroga i nie dopuścić do przedostania się jego do wojska, było sprawą naglącą pierwszorzędnego znaczenia. Zrozumiała to pierwsza armia. Odezwą do Prezydyum Galicyjskiego Czerwonego Krzyża zaproponowała temuż utworzenie ruchomego szpitala epidemicznego dla ludności cywilnej. Zadaniem tego szpitala miało być zwalczanie wszelkich epidemii w miejscach najwięcej zagrożonych. Wojsko okazało gotowość wyposażenia szpitala. Galicyjski Czerwony Krzyż ze swym prezesem Ks. Pawłem Sapiehą skwapliwie przyjął propozycyę, a gdy i c. k. Namiestnictwo dla Galicyi postanowiło utrzymywać szpital ze swych funduszów, płacąc 5 koron dziennie od każdego chorego, leczonego w szpitalu, a zgłoszonego do Namiestnictwa, Czerwony Krzyż, mając wyposażenie od wojska, a fundusze od c. k. Namiestnictwa, przystąpił zaraz do dzieła, powierzając zorganizowanie i urządzenie szpitala swemu sekretarzowi, prof. dr K. Pankowi. Taka jest w krótkości geneza powstania pierwszego ruchomego epidemicznego szpitala Czerwonego Krzyża.

Mosty wielkie, miasteczko w powiecie żółkiewskim, obrano jako pierwsze miejsce pobytu szpitala. Miejscowość ta w początkach miesiąca sierpnia 1915 r. była zaledwie 8—10 kilometrów oddalona od linii bojowej. Dur brzuszny, czerwonka, a szczególnie cholera poczęły w miasteczku dziesiątkować ludność.

Szpital zaczęto urządzać około 10. sierpnia w budynku Wydziału krajowego, znajdującym się obok gościńca. Budynek składał się z 6 dosyć obszernych pokojów, z sionki, pokoju ciemnego przechodniego i kuchni. Pięć pokojów przeznaczono dla chorych, jeden pokój, przylegający do kuchni, obrócono na mieszkanie dla asystenta, jadalnię dla personalu i podręczną apteczkę, w pokoju zaś ciemnym urządzono łazienkę. Kuchnię oddzielono zupełnie od sal chorych przez zaszalowanie deskami drzwi i zbudowanie okienka dla podawania pokarmów chorym. Obok kuchni znajdowała się drewniana przybudówka, gdzie w porze letniej można było umieścić pielęgniarki. Cały budynek otoczony był ogrodem warzywnym, obok którego znajdowała się wozownia, stajnia i różne komórki dla przechowania inwentarza. W tylnej części ogrodu znajdowały się wychodki, poza którymi wykopano dół dla zlewania odchodów chorych i urządzono miejsce w celu spalania słomy i rzeczy mniej wartościowych, należących do chorych.

Stosownie do przyrzeczenia otrzymał szpital od wojskowości zaopatrzenie według normy, przyjętej przez c. i k. władze wojskowe: »Inventar des kleinen Epidemiespitals«. Trudno wyliczać poszczególne części inwentarza, dosyć będzie, jeżeli wspomnimy, że do dyspozycyi oddano 100 łóżek żelaznych, całe zaś zapotrzebowanie tak w naczyniach, jak i bieliźnie i t. d., obliczono na 60 chorych. Nie zapomniano również o zaopatrzeniu podręcznej apteczki. Oprócz urządzenia szpitalnego otrzymał szpital 2 pary koni, 2 powozy i jeden przenośny dezynfektor parowy.

W połowie sierpnia szpital otwarto dla chorych. Na kierownika i ordynaryusza powołano Dra Bronisława Kaczorowskiego, któremu do pomocy oddano 2 medyków asystentów, 7 wykształconych pielęgniarek, 3 sanitaryuszy i jednego wojskowego dezynfektora. Ponieważ administracya szpitala w tak trudnych czasach wymagała dużo pracy i czasu, jeden z przydzielonych medyków objął wkrótce po otwarciu tylko administracyę, jako zaś drugiego asystenta powołano medyczkę. Tutaj nadmienić należy, że przy przeprowadzaniu dezynfekcyi poza szpitalem poszczególne gminy dawały do pracy swoich ludzi, starostwo zaś udzielało środków dezynfekcyjnych. Zwalczanie epidemii wykonywano według instrukcyi, danej szpitalowi przez c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 11 sierpnia 1915 L. B. 86921. Przedewszystkiem szpital zorganizował służbę wywiadowczą: kierownik lub jego asystenci zwiedzili oprócz Mostów wielkich prawie wszystkie okoliczne wsie i przysiółki, zabierając wszystkich chorych lub podejrzanych, szczególnie co do cholery, do szpitala, poddając zakażone lub podejrzane domy, studnie i obejścia ścisłej dezynfekcyi, przeprowadzając w danej miejscowości polepszenie stosunków sanitarnych. Rodziny, w których zdarzały się przypadki chorobowe, poddawano izolacyi i ścisłej obserwacyi. Odosobnienie rodzin w domu przeprowadzano w ten sposób, że po przeprowadzeniu dezynfekcyi stawiano koło domu wartę, przeważnie wojskową, która przez pewien czas, zależnie od rodzaju choroby, przestrzegała, aby osoby z domu zakażonego nie stykały się z osobami obcemi. Chorych odsyłano do szpitala w braku wozów epidemicznych na zwykłych wozach wiejskich przy asystencyi wojska. Po umieszczeniu chorego w szpitalu, słomę lub siano, na których chory leżał, palono, wóz jakoteż ubranie woźnicy poddawano szczegółowemu odkażeniu. Prymitywne to odstawianie chorych do szpitala okazało się w rezultacie dobrem, albowiem podczas całej naszej kilkumiesięcznej działalności nie zdołaliśmy stwierdzić, aby tego rodzaju przewożenie przyczyniło się do rozszerzenia epidemii. Ubranie, bieliznę i ewentualnie pościel, w której chory przybył do szpitala, oddawano

natychmiast do aparatu dezynfekcyjnego. Szpital wykonał również szczepienia ochronne przeciwcholeryczne. Przez ten krótki czas pobytu w Mostach wielkich zaszczepiono z górą 2000 osób.

Ponieważ we wsi Lubeli, odległej od Mostów wielkich 20 kilometrów, stwierdzono większą ilość chorób zakaźnych, urządzono w tamtejszym opuszczonym dworze filię szpitala. Na filii tej umieszczono asystentkę medyczkę, dodając jej do pomocy 2 pielęgniarki, kierownik zaś szpitala co drugi dzień odwiedzał filię.

Ogółem od 15. sierpnia 1915 do 20. września 1915 leczono w szpitalu i tegoż filii 115 chorych i podejrzanych. Z tego

na cholerę azyatycką	63	osób
» dysenteryę	33	»
» dur brzuszny	15	»
» dur plamisty	1	»
» ospę	3	»
razem	115	osób

Jedną pielęgniarkę, pozostawioną przez odjeżdżający szpital wojskowy, leczono na pryszczykowe zapalenie gardła (angina follicularis).

Z odjazdu szpitala wojskowego skorzystała nasza kolumna, umieszczając w próżnych ubikacyach chorych na dur brzuszny, dur plamisty, czerwonkę i ospę, szpital nasz bowiem był za szczupły, aby można było urządzić w nim pokój obserwacyjny i umieścić chorych stosownie do ich choroby w oddzielnych salach. Zaznaczyć tutaj również należy, że po wyjeździe szpitali wojskowych, szpital nasz objął leczenie żołnierzy, lecząc ambulatoryjnie chorych, odsyłając do szpitala w Żółkwi cięższych chorych, żołnierzy zaś, którzy z powodu bardzo ciężkiego przebiegu choroby nie mogli być odstawieni do Żółkwi, umieszczał w swoim szpitalu.

Skutki działalności szpitala w Mostach w. nie dały na siebie długo czekać. W początkach września można było stwierdzić, że rozszerzanie się cholery w Mostach wielkich zostało wstrzymane, około zaś 15. września ani w Mostach, ani w okolicy mimo ścisłych poszukiwań nie stwierdzono żadnego świeżego przypadku tejże choroby. Ponieważ dur brzuszny i czerwonka pojawiały się tylko sporadycznie, innych zaś chorób zakaźnych nie było ani w Mostach wielkich, ani w okolicy, postanowiło Prezydyum Czerwonego Krzyża szpital przenieść na miejsce epidemiami więcej zagrożone, mianowicie do Żółkwi.

W dniu 20. września po należytem odkażeniu przeniesiono szpital do Żółkwi, pozostawiając kilku rekonwalescentów opiece gminy miasta Mosty wielkie.

W celu łatwiejszego przewozu inwentarza sporządzono większą ilość pak zamykanych i ponumerowanych. Ten sposób przewożenia okazał się i z tego względu praktycznym, że w ten sposób spisany i pod odpowiednim numerem w pakach ułożony inwentarz ułatwiał oryentacyę, co na nowem miejscu pobytu umożliwiało szybkie zorganizowanie szpitala.

Łatwo jest zdecydować się na przeniesienie ruchomego szpitala, lecz niesłychanie trudno jest umieścić go w nowem miejscu pobytu. Jeżeli szpital nie posiada własnych przenośnych baraków, wyszukanie odpowiedniego lokalu napotyka na wielkie trudności w kraju, gdzie większa część budynków rządowych, krajowych lub gminnych jest spalona i zniszczona. Na takie trudności napotkał kierownik szpitala i w Żółkwi. Trudności w wyszukaniu odpowiedniego lokalu zwiększała jeszcze i ta okoliczność, że oprócz cholery, duru brzusznego, czerwonki i płonicy zaczęła się szerzyć ospa, trzeba więc było myśleć o oddzielnych budynkach, w którychby można było odpowiednie choroby oddzielnie umieścić.

Po długich poszukiwaniach przypadek zrządził, że szpital wojskowy właśnie opuszczał dawny lokal kasyna wojskowego. Ponieważ posesya składała się z obszernego domu piątrowego i z oficyn, oddzielonych od głównego budynku wielkiem podwórzem, w pośrodku którego znajdował się ogród, ponieważ w ogrodzie znajdowała się wiercona i zaopatrzona w pompę studnia i ponieważ w końcu do posesyi tej należała stajnia, drewutnia i inne potrzebne budowle, kierownik skorzystał ze sposobnej chwili i zażądał od Starostwa odstąpienia mu na użytek szpitala tych ubikacyi. Po otrzymaniu pozwolenia przystąpiono natychmiast do oczyszczenia sal i do odpowiednich adaptacyi. Mieszkaniec krajów, nie zajętych wojną, nie zdaje sobie zapewne sprawy, jakie to mogą być adaptacye w miejscowościach, gdzie przeszedł huragan wojny. Jeżeli przypadkiem budynku jakiegoś, jak np. naszego, nie spalono, to z pewnością brakowało w nim okien, szyb, piece rozwalone lub zniszczone, jeżeli pozostały drzwi, to klamki od nich poodrywane i t. d. W lecie, kiedy ciepło, łatwiej w takim lokalu przebywać, lecz jeżeli nadchodzi jesień i zima, trzeba koniecznie pomyśleć o możliwem przebyciu tych pór roku. A więc musiano się zająć dostosowaniem okien, tam gdzie szyba brakowała, musiano ją zastąpić, z powodu wielkiej drożyzny i braku szkła, deskami, musiano piece naprawić lub zgoła nowe wybudować i t. d., co naturalnie wyszczerbiło nasze nader skromne fundusze. Wspomnieliśmy o tem dlatego, aby dać słaby obraz, w jak niekorzystnych warunkach szpital nasz pracować i spełniać swoją misyę jest zmuszony.

Budynek główny składa się z 11 większych lub mniejszych pokojów i kuchni. W parterze znajdują się 2 sale, jedna większa, druga mniejsza. Te sale przeznaczono na cholerę. Między temi salami znajduje się dosyć obszerny pokój, w którym umieszczono łazienkę. Oddzielny korytarz wzdłuż budynku prowadzi do kuchni, przy której znajduje się pokój na jadalnię dla personalu. Kuchnię od ubikacyi szpitalnych oddzielono zupełnie w tensam sposób, jak w Mostach wielkich.

Na I piętrze znajduje się 8 pokojów, z których 3 znajduje się po prawej, 5 zaś po lewej części budynku. Pokoje po prawej stronie od pokojów po lewej oddzielone są osobnymi korytarzami. Pokoje po prawej stronie przeznaczono na mieszkanie pielęgniarek i personalu lekarskiego, pokoje po lewej dla chorych, z tych jeden na kancelaryę. Pokoje na I piętrze przeznaczono na dur brzuszny i na czerwonkę.

Dom parterowy w oficynach składa się z 6 pokojów. Cały ten dom przeznaczono na ospę.

Ponieważ oprócz powyższych chorób spodziewać się należało wybuchu duru plamistego i płonicy, dlatego w odległości $^1/_2$ kilometra od opisanego szpitala odstąpiło nam miasto t. zw. dom izolacyjny, składający się z 3 pokojów, kuchni i łazienki.

W całym więc szpitalu mamy 15 pokojów większych i mniejszych, przeznaczonych dla chorych i 2 łazienki.

Niestety brak miejsca w domu, przeznaczonym na ospę, uniemożliwił nam urządzenie tamże osobnej łazienki. Brak osobnej łazienki nie daje się jednak tutaj dotkliwie odczuć z tego powodu, że kąpiele w ospie muszą być częściej stosowane, kąpanie zaś ciężko chorych obok ich łóżka ułatwia i umożliwia częstsze stosowanie kąpieli.

W szpitalu w Żółkwi od października 1915 r. do połowy stycznia 1916 leczono 295 osób. Z tego

na cholerę azyatycką	18	osób
» dur brzuszny	40	»
» dur plamisty	1	»
» dysenteryę	11	»
» płonicę	5	»
» ospę	180	»

(z tego variola confluens 18, variola haemorrhagica 13). Prócz tego 40 osób podejrzanych co do ospy obserwowano przez pewien czas w szpitalu.

Tutaj zaznaczyć należy, że szpital nasz tak w Mostach wielkich i okolicy, jak w Żółkwi i okolicy, leczył w domu bardzo ciężkie przypadki duru brzusznego i czerwonki, których jużto z powodu nader ciężkiego przebiegu choroby, jużto z powodu zbytniej odległości nie można było umieścić w szpitalu. Izolacya chorych i rodziny chorego była w takim razie ściśle przestrzegana. Chorych na cholerę, dur plamisty lub ospę bezwarunkowo starano się umieścić w szpitalu, przeprowadzano natychmiast ścisłą dezynfekcyę, osoby zaś zdrowe, które stykały się bezpośrednio z chorymi, odosobniano w domu i obserwowano w sposób, jak to już wyżej opisano.

W każdym przypadku cholery po wsiach, gdzie chory umarł, zanim zdołano umieścić go w szpitalu, przeprowadzano dokładną dezynfekcyę i ścisłe izolowanie i obserwacyę osób, które były w otoczeniu chorego.

Ogółem w szpitalu w Mostach wielkich i w Żółkwi leczono na:

cholerę azyatycką	91	osób	z tego umarło	34—42%
dysenteryę	44	»	»	8—18%
dur brzuszny	55	»	»	8—14%
dur plamisty	2	»	»	0—0%
płonicę	5	»	»	1
ospę	183	»	»	34—18·5%

Z tego z 18 chorych na variola confluens umarło 4, z 13 chorych na variola haemorrhagica umarło 10.

Działalności tego szpitala przypisać należy skuteczne tłumienie chorób zakaźnych, a przekonają nas o tem następujące urzędownie sprawdzone daty:

Cholera:

W ogóle sprawdzono w tutejszym powiecie 1563 przy-

padków zachorowania na cholerę, a przebieg jej był tak gwałtowny, że na 1563 chorych sprawdzono 1071 przypadków śmierci, co czyni 68%. W chwili rozpoczęcia działalności szpitala w pierwszem jego miejscu pobytu, t. j. w Mostach wielkich, cholera w sąsiednich gminach już swoje ofiary pochłonęła i chyliła się ku wygaśnięciu. I tak wyliczamy stan epidemii cholery w okręgu sądowym mosteńskim:

1. Batiatycze, zachorowało 62, zmarło 36, epidemia wygasła już 24. sierpnia 1915.

2. Bojaniec, zachorowało 71, umarło 70. Epidemia sprawdzona 27. czerwca, zakończona 11. września 1915. Z rozpoczęciem działalności szpitala przybyło w tej gminie już tylko 15 chorych, t. j. od 14. sierpnia do 1. września.

3. Butyny, zachorowało 13, umarło 11 od 30. lipca do 11. sierpnia 1915.

4. Dalnicz, zachorowało 30, umarło 27.

5. Derewnia, zachorowało 178, umarło 113. Cholerę sprawdzono 23. lipca, wygasła 10. września; od chwili otwarcia szpitala przybyło w tej gminie tylko 19 chorych.

6. Dworce, zachorowało 63, umarło 55; od otwarcia szpitala zachorowało tylko 12 osób.

7. Kulawa, zachorowało 12, umarło 18; od otwarcia szpitala zachorowało jeszcze tylko 10 osób.

8. Przystań, zachorowało 66, umarło 33; od czasu otwarcia szpitala zachorowało już tylko 29 osób.

9. Rekliniec, zachorowało 36, umarło 21; od otwarcia szpitala zachorowało tylko 5 osób.

Już z tego wynika, że epidemia cholery we wszystkich gminach dookoła Mostów wielkich z rozwinięciem działalności kolumny znacznie i wybitnie zmalała, aby wkrótce całkiem wygasnąć.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 13. XI. posiedzenie, na którem prof. Rosner przedstawił ze swej kliniki przypadki akromegalii, raka pochwy wynicowanej i obojnactwa, poczem Dr Rzętkowski z Warszawy miał wykład: O azocie formolowym we krwi.

— Za odznaki narodowe, sprzedawane na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego d. 9. XI. na rzecz wdów i sierot po Legionistach polskich, zebrano kwotę 172 koron.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Weinsbergowi za cenne czasopisma, ofiarowane bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— W d. 4. XI. b. r. odbyło się we Lwowie posiedzenie Krajowej Rady Zdrowia, na którem przedmiotem obrad były: opieka nad niemowlętami, oraz sprawozdanie krajowego referenta sanitarnego, radcy Dr Lachowicza, o stanie chorób zakaźnych i o akcyi zwalczania chorób wenerycznych w Galicyi.

— Liczba słuchaczy medycyny na Wydziale lekarskim we Lwowie wynosi w bieżącem półroczu szkolnem 255, a w Krakowie 360 (341 zwyczajnych, 19 nadzwyczajnych).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Konstanty Świątek z Krężnicy Jarej w Królestwie Polskiem, Karol Franciszek Hessek z Andrychowa w Galicyi.

— Do grona Kolegów, popierających wydawnictwo »Przeglądu« dobrowolnym przyczynkiem pieniężnym, przyłączył się kol. Kuczewski z Zakopanego.

— W Nowym Targu ukonstytuowało się Koło miejscowe Towarzystwa walki z gruźlicą, wybierając prezesem starostę p. Psarskiego, wiceprezesem st. lekarza powiatowego Dr Janikiewicza; do Wydziału wybrano z lekarzy st. lekarza powiatowego Dr Jana Bednarskiego. Koło liczy 60 członków.

Warszawa. Na Wydziale lekarskim odbywają się w półroczu bieżącem wykłady prof. Lotha (anatomia opisowa), Czubalskiego (fizyologia), Jabłczyńskiego i Brauna (chemia nieorganiczna), Tura (anatomia porównawcza), Parnasa (chemia lekarska), Kryńskiego (anatomia topograficzna), Mazurkiewicza (farmakognozya), Wójcickiego (botanika), Konopackiego (histologia), Brudzińskiego (propedeutyka lekarska), Wierusz-Kowalskiego (fizyka) i Sosnowskiego (zoologia).

— Zakład anatomii opisowej został dzięki energii i zapobiegliwości prof. Lotha, a gorliwej współpracy asystentów i słuchaczy, zreorganizowany, należycie wyposażony i uporządkowany. Wielką zasługą prof. Lotha jest uporządkowanie i wzorowe urządzenie muzeum, przyczem zdołano odszukać i ocalić wiele cennych oraz historycznie ciekawych preparatów z początku XIX wieku. (Gaz. lek. 19).

— Dr Alfred Sokołowski wybrany został rektorem Kursów naukowych. Dr Sokołowski wykłada na Wydziale przyrodniczym Kursów medycynę społeczną. Oprócz niego wykładają na tym Wydziale z lekarzy: Dr Brunner — mikrobiologię, Dr Karwacki — serologię, Dr Orłowski — anatomię i fizyologię układu nerwowego, Dr Rzętkowski — o przemianie materyi, Dr Szczawińska — higienę. (Gaz. lek. 18).

— Jako wydawnictwo Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy wyszła rozprawa Dr S. Serkowskiego: »Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej«.

— Koła lekarskie w Warszawie zajmują się gorliwie opracowaniem zasad ustroju sanitarnego w Królestwie Polskiem. Bardzo poważny materyał zebrano już dawniej, a dowodem jest wydana jeszcze przed 10 laty zbiorowa gruntowna praca p. t. »Medycyna w Samorządzie«. Obecnie zarówno w Towarzystwie higienicznem, gdzie referentem był Dr Polak, jak i w Stowarzyszeniu lekarzy, gdzie miał odczyt Dr J. Jaworski, toczą się obrady w tym przedmiocie. Wyczerpujący referat Dr J. Jaworskiego drukuje się w »Gazecie lekarskiej«.

— Rada miejska przeznaczyła 1500 rb. rocznie na zakup surowicy przeciwbłoniczej dla ubogich chorych.

— Prywatna poliklinika neurologiczna Dr Goldflama dobiegła 25 lat istnienia.

Z różnych stron. »Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen« w Berlinie (najwyższa oficyalna Rada zdrowia) uchwaliła na zasadzie orzeczenia prof. Bumma i Kröhnego następujące zasady w sprawie przerywania ciąży: 1) Lekarzowi wolno przerwać ciążę tylko ze wskazań lekarskich. Wskazanie zaś takie istnieje tylko wtedy, jeżeli życiu i zdrowiu ciężarnej zagraża udowodnione i nieuniknione najcięższe niebezpieczeństwo, nie dające się inaczej odwrócić, jak tylko przez przerwanie ciąży. 2) Lekarz niema prawa przerywać ciąży z powodów socyalnych lub społecznohigienicznych. Czyniąc to, popełniłby występek, podpadający pod kodeks karny. 3) Zaleca się podejmować przerwanie ciąży tylko na zasadzie narady kilku lekarzy. 4) Należy wprowadzić obowiązek donoszenia o przerwaniu ciąży przez lekarza.

— Ministeryum ochrony zdrowia publicznego utworzono w Petersburgu; kierownikiem został mianowany prof. Rein. Jestto pierwsze ministeryum zdrowia, zorganizowane jako odrębna władza.

Mianowani: profesor medycyny sądowej Kolisko zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej w Wiedniu; prof. Brücke z Lipska profesorem fizyologii w Innsbrucku.

Zmarli: Znakomity psychiatra prof. Magnan w Paryżu w 80 r. ż., ginekolog prof. Kleinhans w Pradze, okulista prof. Hippel w Göttingen.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. (J. F. Lehmann). Zeszyt IX. (1·50 Mk.), X (1·50 Mk.), XI (1·25 Mk.).

Tegoroczny zeszyt wrześniowy »Kursów« zawiera artykuły: Dr Jaffégo: »Zadania i cele niemieckiej higieny społecznej w czasie wojny«, prof. Thiema: »Sprawy ubezpieczenia od wypadków i niezdolności do pracy w r. 1915/16«, prof. Sudhoffa: »Wojny a zarazy w dawnych czasach«. W zeszycie październikowym wyszły rozprawy: Prof. Reichego: »Dalsze doświadczenia w dziedzinie chorób zakaźnych« i Dr Ungermanna: »O krętkach chorobotwórczych«, a w listopadowym: Dr Kraupy: »Leczenie i profilaktyka wrzodu pełzającego rogówki« i prof. Kuttnera przegląd postępów w dziedzinie laryngologii i otyatryi.

Medizinal-Index und therapeutisches Vademecum, herausgegeben von Dr M. T. Schnirer, Redakteur der »Klinisch-therapeutischen Wochenschrift«. Rocznik XIX. Wiedeń 1917 (F. Deuticke).

Doskonały kalendarzyk lekarski Dr Schnirera wychodzi w tym roku nietylko nie zmniejszony, ale nawet wzbogacony nowymi rozdziałami i starannie uzupełniony nowemi zdobyczami lecznictwa. Przegląd tych zdobyczy podaje kalendarzyk w osobnym rozdziałku p. t. »Therapeutischer Jahresbericht«. W spisie leków dodano 24 nowych przetworów. Treść kalendarzyka składa się z podręcznika terapeutycznego, uzupełnionego rozdziałami o kosmetyce, surowicach, środkach odżywczych, otruciach, pierwszej pomocy, leczeniu tuberkuliną, odżywianiu noworodków, technice leczniczej, dyetetyce, dalej ze spisu leków, zwykłych tabel (dawek maksymalnych i t. p.), wreszcie z części informacyjnej, która, — jak redaktor zaznacza w przedmowie, — z powodu wojny niezupełnie jest dokładna.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1916.

Gazeta lekarska Nr 14—19: Lewenstein: W sprawie nowotworów mieszanych ślinianki (14—16). — Bujwid: Wyniki szczepień ochronnych przeciwko wściekliznie w instytucie krakowskim (14). — Sawicki: W sprawie szkoły felczerskiej (14—15). — Kossakowski: Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory (15—16). — Męczkowski: W sprawie organizacyi nadzoru sanitarnego (16). — Tomaszewski: Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim (17—19).— Chrostowski: Przypadek choroby Vaqueza (17). — Kopczyński: O potrzebie zbierania statystyki zawodowej lekarskiej (17). — Męczkowski: Ruch ludności m. Warszawy 1/1 1913 — 1/7 1916 (18). — Bieliński: Służba zdrowia w armii polskiej (18—19). — Sławiński: Uproszczony sposób operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej (19).

Zdrowie Zesz. 9—10: Ciąg dalszy artykułów Janiszewskiego i Dzięciołowskiego (9). — Bukowska: Ochrona najmłodszego wieku dziecięcego (10). — Fruchtman: Udział lekarzy sanitarnych w inspektoratach fabrycznych (10).

Kronika dentystyczna Zesz. 7—9. Krakowski: Rys ogólnej sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów.

Medycyna i Kronika lekarska Nr 40—45: Borsuk: W sprawie resekcyi pięty sposobem Mikulicza (40). — Herman E. (dok.). — Karwacki: O podziale podłużnym u krętków gorączki powrotnej (41). — Stabholz: O t. zw. przeroście gruczołu krokowego i »prostatismus sine prostata« (42—45). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze po działaniu na nią olejku dziegciowego, nalewki dziegciowej i maści Wilkinsona (44—45). — Cetnarowicz: Znaczenie i technika badania oczu w szkołach elementarnych (44—45).

Redakcya otrzymała: Janiszewski: Zwalczanie gruźlicy w kraju. Kraków 1916, str. 24. — Athmis: Eugenetyczna hodowla człowieka. Promienie. Część I. Zakopane 1916, str. 232.— Klęsk: Ein Beitrag zur Ausbildung beider Hände beim Menschen. (Kleine Bibliothek der »Krakauer Zeitung« Nr 2). Krakau 1916.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.